Deutscher Bundestag **Drucksache 14/9642**

14. Wahlperiode 28. 06. 2002

Antwort

der Bundesregierung

auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Hans Georg Faust, Horst Seehofer, Wolfgang Lohmann (Lüdenscheid), weiterer Abgeordneter und der Fraktion der CDU/CSU
– Drucksache 14/9273 –

Stärkung von Impfungen als wirksame Präventionsmaßnahme

Vorbemerkung der Fragesteller

Schutzimpfungen sind unverzichtbare Bestandteile der Bekämpfung von Infektionskrankheiten. Impfprogramme führten seit Beginn des 20. Jahrhunderts zum Rückgang zahlreicher bedrohlicher übertragbarer Krankheiten weltweit. Noch in den achtziger Jahren glaubte man in den Industrienationen, dass durch die Verbesserung der sozioökonomischen und hygienischen Bedingungen, aber insbesondere durch Impfungen, die bedrohlichen Infektionskrankheiten ausgerottet seien. Die gegenwärtige Situation zeigt, dass diese Annahme trügerisch war. Zwar wird voraussichtlich im Juni offiziell von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bekannt gegeben werden, dass die heimtückische Infektionskrankheit Kinderlähmung in Deutschland als ausgerottet gilt. Diese Krankheit sei durch eine hohe Impfrate besiegt worden. Dagegen werden jedoch in der Bundesrepublik Deutschland immer wieder erneut auftretende Masernepidemien gemeldet, deren Ursache wohl im unzureichenden Impfschutz der Bevölkerung zu suchen ist.

Infektionsketten können durch hohe Durchimpfungsraten durchbrochen und einzelne Krankheitserreger regional beseitigt werden. Das Robert Koch-Institut (RKI) bezeichnete Deutschland in seinem „10 Punkte-Programm zur Erhöhung der Impfbereitschaft und zur Steigerung der Durchimpfungsraten“ im internationalen Vergleich der Impfraten als Entwicklungsland. Dem im Bundesgesundheitsblatt 4/2002, auf Seite 331, veröffentlichten Beitrag von C. Meyer, S. Reiter, A. Siedler, W. Hellenbrand und G. Rasch vom RKI ist zu entnehmen, dass auch nach Verabschiedung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) weiterhin Defizite, wie z. B. in der Einrichtung von Impfregistern oder Systemen zur Erinnerung der Patienten an bevorstehende Impfungen, in der Kostenübernahme durch Krankenversicherungen, in der Aus- und Weiterbildung der Ärzte sowie in der Nutzung bestehender Strukturen im Gesundheitswesen, vorhanden sind.

Ein zukunftsfähiges Impfprogramm hat die zunehmende Mobilität der Menschen zu berücksichtigen. Durch die gestiegene Mobilität, wie z. B. Reisen und Ferntourismus, ist Deutschland im hohen Maße abhängig von der Impf-

Die Antwort wurde namens der Bundesregierung mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 26. Juni 2002 übermittelt.
Die Drucksache enthält zusätzlich – in kleinerer Schrifttype – den Fragetext.

situation in den anderen EU-Ländern. Denn es werden immer mehr Infektionserreger nach Deutschland eingeschleppt, die entweder hier unbekannte Krankheiten verursachen (Lassafieber) oder solche, die hierzulande schon erfolgreich bekämpft schienen, wie z. B. Tbc, Diphtherie, Cholera usw.

1. Wie hoch sollte die Durchimpfungsrate sein, um eine erfolgreiche Beseitigung des Krankheitserregers zu erreichen bei
   a) Masern
   b) Mumps
   c) Röteln
   d) Diphtherie
   e) Tetanus
   f) Hepatitis B
   g) Poliomyelitis
   h) Pertussis
   i) Hämophilus influenza Typ b?

Die „Beseitigung“ eines Krankheitserregers, d. h. eine „Elimination der Krankheit“, wird gegenwärtig nur für die Masern (a) und die Poliomyelitis (g) angestrebt. Die Elimination der Polio ist mit Impfraten bei den Kindern von > 90 % gegenwärtig bereits realisiert. Einzelerkrankungen vor allem bei Erwachsenen sind – verursacht durch Importfälle – jedoch nicht auszuschließen.

Für die Elimination der Masern ist eine Immunität von > 95 % notwendig, dies erfordert eine zweimalige Impfung von > 95 % aller Kinder. Wenn die Masernimpfung 2-mal mit MMR-Impfstoff realisiert würde, dann wäre damit auch die Elimination des Mumps (b) und der Röteln (c) gesichert. Die gegenwärtig erreichten Impfraten (siehe Frage 2) sind dafür jedoch noch nicht ausreichend.

Bei der Diphtherie ist die weitgehende Elimination der Krankheit mit den bei den Kindern erreichten Impfraten von ca. 95 % praktisch erreicht. Einzelerkrankungen besonders bei Erwachsenen sind jedoch nicht auszuschließen, da bei vielen Erwachsenen die notwendigen Auffrischungsimpfungen in 10-jährigem Abstand nicht erfolgen. Der bei ihnen nachzuweisende AK-Titer ist deshalb als Impfschutz nicht ausreichend. Eine Eliminierung des Erregers ist nicht zu erwarten, da die Impfung eine Besiedlung des Nasen-Rachenraums nicht sicher verhindert.

Eine Elimination des Tetanus-Erregers (e) ist generell nicht möglich, da der Erreger im Erdboden und im Kot bestimmter Tiere vorkommt. Ein Herdschutz spielt deshalb keine Rolle und nur Personen mit einem aktuell ausreichenden AK-Titer sind geschützt. Angestrebt werden muss folglich ein Impfschutz für 100 % der Bevölkerung.

Eine Elimination der Hepatitis B (f) erscheint zwar nicht ausgeschlossen, aber selbst bei einer Impfrate von > 95 % bei Säuglingen bzw. Kindern ist dies wegen der großen Zahl chronischer Erkrankungen bei Jugendlichen und Erwachsenen (Carrier) erst in einigen Jahrzehnten erreichbar.

Die gegenwärtige Impfstrategie bei Pertussis (h) zielt nur auf die Minimierung der Erkrankungsfälle bei Kindern und Jugendlichen. Nach Angaben der WHO ist eine Durchimpfungsrate von mindestens 90 % anzustreben, um die Krankheit in der Bevölkerung zu eliminieren. Sie zielt nicht auf eine Verhinderung der Erregerzirkulation bei Erwachsenen. Selbst eine mehrfache Auffrischimpfung der Erwachsenen (bisher nicht empfohlen) böte keine Garantie für die Verhinderung der Erregerzirkulation.

Auch die Impfung der Säuglinge gegen Hib (i) zielt in erster Linie auf die Verhinderung von invasiven Erkrankungen bei Kleinkindern. Eine Eliminierung des Erregers aus dem Rachenraum von Jugendlichen und Erwachsenen ist damit nicht möglich.

2. Wie hoch ist die tatsächliche Durchimpfungsrate der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland gegen
   a) Masern
   b) Mumps
   c) Röteln
   d) Diphtherie
   e) Tetanus
   f) Hepatitis B
   g) Poliomyelitis
   h) Pertussis
   i) Hämophilus influenza Typ b?

Angaben von Durchimpfungsraten für die Bevölkerung insgesamt sind nicht möglich, da es keine Register des Impfstatus gibt. Angaben sind allenfalls für bestimmte Altersgruppen verfügbar, z. B. für die Einschüler. Aber selbst bei diesen wurde die Erfassung erst mit Verabschiedung des Infektionsschutzgesetzes gesetzlich verankert.

Die aus den Ländern verfügbaren Daten sind Mittelwerte für die Kinder mit vorhandenem Impfausweis und damit eine optimistische Schätzung. Die Impfraten lassen Unterschiede zwischen den Bundesländern und vor allem zwischen den verschiedenen Kreisen der Länder erkennen und zeigen – soweit dazu Daten aus einzelnen Bundesländern vorliegen – außerdem Unterschiede nach sozialen Gruppen und nach Zugehörigkeit zu ethnischen Gruppen auf.

Die Impfraten aus den Jahren 1996, 1998 bis 2001 zeigt die folgende Tabelle, hier 1998 bis 2001 bezogen auf Kinder mit vorgelegtem Impfausweis in Prozent (n = 629 969)

Erkrankungen	**Deutschland 1996**	**Deutschland 1998-2001**
Diphtherie	93,9%	96,9%
Tetanus	94,1%	97,1%
Pertussis	34,5%	75,9%
Hib	54,7%	81,9%
OPV/IPV	93,5%	95,4%
Hepatitis B vollständig grundimmunisiert	7,8%	41,1%
Masern		
1. Dosis	86,6%	90,30%
2. Dosis		21,1%
Mumps		
1. Dosis	81,1%	90,0
2. Dosis		20,7%
Röteln		
1. Dosis	68,3%	84,1%
2. Dosis		19,7%

Die Daten aus dem repräsentativen Bundes-Gesundheitssurvey von 1998 machen deutlich, dass gegen Tetanus insgesamt nur 63 % der Befragten in den letzten 10 Jahren eine Auffrischimpfung erhalten haben. Die Impfraten waren bei den 18- bis 19-Jährigen mit 82 % am höchsten, mit zunehmendem Alter wurde der Impfstatus immer schlechter. Aus den Daten des Bundes-Gesundheitssurveys geht hervor, dass 16 % der erwachsenen Befragten eine aktuelle Schutzimpfung gegen Influenza erhalten hatten.

3. Wie hoch war die Durchimpfungsrate, bezogen auf die jeweiligen Bevölkerungsgruppen Deutschlands sowie aufgesplittet nach den durch eine Impfung zu verhindernden Krankheiten in den Jahren 1998, 1999, 2000 und 2001?

4. Wie hoch ist die Durchimpfungsrate bei Kindern und insbesondere bei den Kindern von in Deutschland lebenden ausländischen Mitbürgern?

Auf Grund der unzureichenden Datenlage sind valide Angaben für einzelne Jahre nicht möglich. Der Impfstatus der Einschüler hat sich jedoch seit 1996 tendenziell verbessert, vor allem bei den Impfungen, die erst in den 90er Jahren allgemein empfohlen wurden (Hib, Pertussis, Hepatitis B).

Auch gegen Masern, Mumps und Röteln sind die Impfraten laufend angestiegen, haben aber selbst bei den Erstimpfungen das angestrebte Niveau von > 95 % noch nicht erreicht, die Zweitimpfung ist noch völlig unzureichend (siehe Tabelle Frage 2).

Eine Aufgliederung in einzelne Bevölkerungsgruppen ist zentral noch nicht möglich. Erst der geplante Kinder- und Jugendsurvey wird dazu valide Daten liefern können.

5. Wie viele Fälle sind der Bundesregierung an folgenden Krankheiten seit 1998 bekannt, wie viele endeten davon tödlich:
   a) Masern
   b) Mumps
   c) Röteln
   d) Diphtherie
   e) Tetanus
   f) Hepatitis B
   g) Poliomyelitis
   h) Pertussis
   i) Hämophilus influenza Typ b?

Daten zur Erkrankungshäufigkeit bei Mumps, Röteln, Pertussis und Hib sind nicht verfügbar, bei den Masern wurde die Meldepflicht bundesweit erst durch das IfSG eingeführt.

	1998 E/St	1999 E/St	2000 E/St	2001 E/St
Masern	-	-	-	6.024/ -
Diphtherie	1 + (2)/(2)	1/1	0/ -	0/ -
Tetanus	7/4	8/2	8/ -	- / -
Hepatitis B	5.185/158	4.565/96	4.542/ -	3.848/ -
Poliomyelitis d. Wildvirus	0	0	0	0

Erkrankungen/Sterbefälle (- = nicht verfügbar)

Die Anzahl der über die Meldepflicht ermittelten Sterbefälle gelten als unzuverlässig, deshalb werden vom Statistischen Bundesamt nur die Daten der Todesursachenstatistik veröffentlicht und in obige Tabelle übernommen. Wegen der unzureichenden Trennung von Sterbefällen bei akuter Poliomyelitis und bei Folgeschäden einer früher aufgetretenen Poliomyelitis sind valide Angaben zu Todesfällen an Poliomyelitis aus der Todesursachenstatistik nicht möglich. Der Rückgang der Meldungen zu Hepatitis B von 2000 zu 2001 ist vermutlich mitbedingt durch den verbesserten Ausschluss von chronischen Infektionen im Rahmen der Falldefinitionen nach IfSG.

6. Gibt es Bestrebungen der Bundesregierung, eine Meldepflicht für die Krankheiten einzuführen, für die allgemeine Impfempfehlungen bestehen und die bisher nicht meldepflichtig nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) sind?

Die Ausgestaltung der Meldepflichten im IfSG orientiert sich daran, welches Ziel mit der Meldung der konkreten Krankheit oder Infektion verfolgt wird. Müssen von den Behörden Schutzmaßnahmen im Zusammenhang mit einem konkreten Fall getroffen werden, weil das Auftreten eines Falles auf eine Gefahr für weitere Personen hinweist, so besteht grundsätzlich eine namentliche Meldepflicht, bei der jeweils weit reichende personenbezogene Angaben gemacht werden müssen. Dient die Meldepflicht dagegen nur dazu, epidemiologische Daten zu liefern, um Veränderungen bei der Ausbreitung bestimmter übertragbarer Krankheiten festzustellen, so besteht weder ein Bedürfnis noch eine Rechtfertigung für eine namentliche Meldepflicht.

Für die Aufnahme in den Katalog der namentlich zu meldenden übertragbaren Krankheiten und Krankheitserreger ist entscheidend, dass das Gesundheitsamt im Einzelfall Maßnahmen zu ergreifen hat. Welche Maßnahmen konkret zu treffen sind, hängt vom jeweiligen Fall, insbesondere von Art und Ausbreitungsweise der Krankheit oder des Krankheitserregers und den individuellen Lebensumständen des Betroffenen ab.

Die Anforderungen für eine solche Meldepflicht erfüllen nicht alle Krankheiten, für die Impfempfehlungen bestehen.

Im Übrigen wurde der Katalog der zu meldenden Krankheiten bzw. Krankheitserreger bei der Erarbeitung des Infektionsschutzgesetzes intensiv mit den Ländern beraten, die auch für die Ausführung des Infektionsschutzgesetzes zuständig sind. Der im Infektionsschutzgesetz enthaltene Katalog entspricht breitem Konsens.

Zur Verbesserung der epidemiologischen Daten besteht die Möglichkeit von Sentinel-Erhebungen nach §§ 13, 14 IfSG bzw. die Meldung der Nachweise der

Krankheitserreger nach § 7 IfSG. Dies wird zurzeit im Rahmen der Umsetzung europäischer Regelungen geprüft.

7. Gibt es Bestrebungen der Bundesregierung, eine Meldepflicht für durchgeführte Impfungen einzuführen, um die epidemiologische Datenlage verbessern zu können?

Es ist zurzeit nicht beabsichtigt, eine generelle Meldepflicht für durchgeführte Impfungen mittels des Infektionsschutzgesetzes einzuführen, auch wenn sie zum Aufbau von Impfregistern beim öffentlichen Gesundheitsdienst oder bei den Krankenkassen führen würde. Für die namentliche Meldepflicht für durchgeführte Schutzimpfungen wären auch die zu Frage 6 dargelegten Erfordernisse zu beachten. Fraglich ist insbesondere aus datenschutzrechtlicher Sicht, ob diese Anforderungen für eine namentliche Meldung erfüllt sind und welche konkreten Maßnahmen durch eine solche Meldepflicht beabsichtigt werden.

8. Bis zu welchem Zeitpunkt ist die erfolgreiche Beseitigung der Masern in Deutschland geplant?

9. Gibt es besondere Konzepte zur erfolgreichen Beseitigung der Masern in Deutschland?

Mittelfristiges Ziel ist bis zum Jahr 2004 die Maserninzidenz auf 5 bis 10 Fälle pro 100 000 Einwohner/Jahr und die stationär behandelten Fälle auf < 500 bei den < 15-Jährigen zu senken.

Gesundheitspolitisches Ziel der Europäischen Region der WHO ist die Eliminierung der Masern, die in Deutschland immer noch auftreten. Die Bundesrepublik Deutschland unterstützt dieses Ziel und hat ein Interventionsprogramm Ende 1999 ins Leben gerufen, um die Maserninzidenz in den nächsten Jahren um 90 % auf unter 1/100 000 Einwohner zu senken. Als Zwischenziele sind vorgesehen, die Masernmorbidität mittelfristig, d. h. innerhalb von 5 Jahren, auf 5 bis 10 Fälle pro 100 000 Einwohner/Jahr und die stationär behandelten Fälle auf < 500 bei den < 15-Jährigen zu senken.

Langfristig sollen damit die Masern in Deutschland ausgerottet werden, um die entsprechende Zertifizierung durch die WHO zu erreichen.

Eine wichtige Voraussetzung für ein erfolgreiches Bekämpfungsprogramm ist ein gut funktionierendes Meldesystem. Das Infektionsschutzgesetz, das am 1. Januar 2001 in Kraft getreten ist, trägt dem Rechnung. Parallel dazu wurde 1999 zur Erfassung von Masernerkrankungen und Impfdaten ein deutsches Masern-Sentinel – die Arbeitsgemeinschaft Masern – ins Leben gerufen.

Seit Oktober 1999 erfasst die Arbeitsgemeinschaft Masern, der inzwischen 1 273 Beobachtungspraxen (Kinderärzte und Allgemeinmediziner) angehören, anhand von Einzelfallmeldungen die aktuelle epidemiologische Situation der Masern in Deutschland. Die analysierten Daten werden regelmäßig im Epidemiologischen Bulletin des Robert Koch-Instituts (www.rki.de) veröffentlicht.

10. Plant die Bundesregierung Maßnahmen zur Erhöhung der Durchimpfungsrate der Bevölkerung, insbesondere Impfkampagnen in der Bevölkerung?

Im Rahmen des Programms „gesundheitsziele.de“, das in Kooperation von der GVG (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung) und dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) durchgeführt wird und in dem die

wesentlichen gesundheitspolitischen Akteure ergänzt um Patientenvertreter und Vertreter der Selbsthilfe zusammenarbeiten, ist vorgesehen, auch das Thema Impfen im Kindesalter aufzugreifen. Die Arbeiten an diesem Thema hinsichtlich Teilzielen, Strategien und Maßnahmen werden voraussichtlich zu Beginn des nächsten Jahres aufgenommen werden können.

Mehr Gesundheit für die Bürger Deutschlands ist das Ziel der Aktivitäten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). In ihren Strategien zur gesundheitlichen Aufklärung und Prävention wird deshalb großer Wert auf die Förderung des Impfens gelegt. Die entsprechenden Aufklärungsmaßnahmen sind überwiegend zielgruppenspezifisch angelegt und vermitteln Wissen, motivieren zu bewusstem Verhalten und geben konkrete Ratschläge. Das Angebot umfasst in der Regel Broschüren. So finden sich beispielsweise in der Broschüre „Reisefieber – Gesundheits-Tipps für einen unbeschwerten Urlaub“ kurze, allgemeine Informationen über Infektionen und Erkrankungen, gegen die es einen Impfschutz gibt. Zum Einholen näherer Hinweise wird an einen Arzt, an das Gesundheitsamt oder Tropeninstitut verwiesen. Weil häufig eine Vorsorge wegen genereller Ängste vor Impfungen vernachlässigt wird, stellt die Broschüre heraus, dass solche Ängste unbegründet sind und verweist darauf, dass die empfohlenen Impfstoffe sich durch ihre gute Verträglichkeit auszeichnen. Auch die sich speziell an junge Leute richtende Broschüre „Reiselust“ macht auf die Bedeutung aufmerksam, für seinen ausreichenden Impfschutz zu sorgen. In der Gesundheitserziehung in der Familie nimmt seit langem der Impfkalender für Säuglinge und Kleinkinder einen herausragenden Platz ein.

In der Präventionsarbeit der Deutschen Aids-Hilfe, die über die BZgA mit Haushaltsmitteln des Bundes gefördert wird, ist das Thema Impfschutz herausgestellt. Es werden insbesondere die verfügbaren Impfungen gegen Hepatitis A und Hepatitis B empfohlen.

Überlegungen, die der weiteren Förderung des Impfschutzes dienen, sind in der Diskussion.

11. Inwieweit gibt es Kooperationen zwischen Bund und Ländern sowie mit den Krankenkassen und Ärzten zur Erhöhung der Durchimpfungsraten?

Subsidiäre Impfungen durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD), z. B. bei Schulkindern, sind überwiegend nur dann möglich, wenn durch die Zusammenarbeit mit den Krankenkassen die Finanzierung zumindest der Impfstoffkosten gesichert ist. Andererseits ist die Aktualisierung des Impfstatus bei durch den ÖGD erfassten, unzureichend geimpften Kindern (anlässlich der Aufnahme in Kindereinrichtungen, bei der Schuleingangsuntersuchung oder in bestimmten Klassenstufen) in vielen Ländern durch eine enge Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Ärzten möglich.

Siehe auch Absatz 2 der Antwort zu Frage 15.

12. Gibt es Überlegungen der Bundesregierung, durch finanzielle Anreize für die Bevölkerung, beispielsweise die Ermäßigung von Beiträgen zur gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die Durchimpfungsrate zu steigern?

Nein.

13. Wie viele eingeschulte Kinder hatten einen ordnungsgemäß geführten Impfpass?

Im Durchschnitt legen mehr als 90 % der Einschüler bei den Einschulungsuntersuchung einen Impfpass vor. Dieser Anteil ist aber sowohl in einzelnen Bundesländern als auch in den Kreisen unterschiedlich.

14. Für welche Impfungen übernehmen die GKV die Kosten, für welche Impfungen steht die Kostenübernahme in deren Ermessen?

Die Übernahme der Kosten für Impfungen ist grundsätzlich eine Satzungsleistung der Krankenkassen. Generell nicht übernommen werden Reiseimpfungen und arbeitsmedizinisch begründete Impfungen. Übernommen werden im Allgemeinen die für alle Kinder und Erwachsene auf Basis der STIKO-Empfehlungen von den Ländern öffentlich empfohlenen Impfungen.

15. Gibt es Bestrebungen der Bundesregierung, gemäß § 20 Abs. 4 IfSG eine einheitliche Kostenübernahmeregelung der gesetzlichen Krankenkassen für von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlene Impfungen einzuführen?

Es ist zurzeit nicht beabsichtigt, eine Rechtsverordnung nach § 20 Abs. 4 IfSG zu erlassen. Grundsätzlich kann eine solche Rechtsverordnung nur bestimmte Schutzimpfungen erfassen. Daraus ergibt sich, dass – abhängig von der epidemiologischen Lage – jeweils einzelne Schutzimpfungen auf entsprechenden Handlungsbedarf untersucht und festgelegt werden müssen. Hierfür sind detaillierte Informationen über jeweilige Durchimpfungsraten, betroffene Bevölkerungsteile, mögliche Ursachen für mangelnde Durchimpfungsraten heranzuziehen. Zurzeit liegen dem BMG keine validen Informationen darüber vor, dass alle oder bestimmte von den Ländern öffentlich empfohlene Impfungen auf Grund einer nicht oder unzureichend vorliegenden Kostenübernahme durch die Kassen nicht durchgeführt werden. Somit liegen keine ausreichenden Informationen für den Erlass einer Rechtsverordnung vor.

Für die Länder besteht die Möglichkeit, Vereinbarungen mit Krankenkassen über die Kostenübernahme für Impfstoffe zu schließen. Diese Vereinbarungen ermöglichen dem ÖGD, Impfungen zu Selbstkosten anzubieten. Dadurch kann der ÖGD gezielt Impflücken schließen und ggf. eigene Impfaktionen initiieren. Derzeit bestehen bereits in mehreren Ländern Vereinbarungen mit Krankenkassen. Die Länder, die solche Vereinbarungen nicht abgeschlossen haben, sollten dies grundsätzlich anstreben. Ehe eine Lösung durch Rechtsverordnung ins Auge gefasst wird, wäre zunächst zu untersuchen, aus welchen Gründen keine Vereinbarungen abgeschlossen wurden und ob sich danach ein Handlungsbedarf auf Grund der Durchimpfungsraten ergibt.

16. Wie viele Impfkomplikationen sind sowohl absolut als auch prozentual bei den durchgeführten Impfungen seit Einführung des umfassenden Meldewesens für Impfschäden in Deutschland gemeldet worden, und auf welche Impfstoffe verteilen sich diese?

Am 1. Januar 2001 trat das Infektionsschutzgesetz (IfSG) in Kraft. In § 6 Abs. 1 Nr. 3 IfSG sind erstmals Meldeverpflichtungen beim Verdacht einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung (Impfkomplikation) gesetzlich geregelt. Die namentliche Meldung durch eine(n) Arzt/Ärztin ist an das Gesundheitsamt zu richten. Das Gesundheitsamt ist nach § 11 Abs. 2 IfSG seinerseits verpflichtet, den gemeldeten Ver-

dachtsfall der zuständigen Landesbehörde und der nach § 77 des Arzneimittelgesetzes (AMG) zuständigen Bundesoberbehörde, dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI), anonymisiert zu melden. Um die Meldung zu vereinfachen und gleichzeitig bundesweit zu vereinheitlichen, ist vom PEI in Absprache mit der Ständigen Impfkommission (STIKO) und dem BMG ein entsprechendes Berichtsformblatt entwickelt worden.

Die Meldeverpflichtung des Arztes bei Auftreten von unerwünschten Arzneimittelwirkungen nach ärztlichem Standesrecht gemäß der Musterberufsordnung an die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AKdÄ) in Köln bleibt davon unberührt.

Der pharmazeutische Unternehmer ist nach § 29 AMG gesetzlich verpflichtet, dem PEI ihm bekannt gewordene Verdachtsfälle schwerwiegender Nebenwirkungen als Einzelfallbericht innerhalb von 15 Tagen anzuzeigen. Von einer schwerwiegenden Nebenwirkung spricht man, wenn sie letal oder lebensbedrohend verläuft, zu dauerhafter Arbeitsunfähigkeit oder einer erheblichen Behinderung führt oder eine stationäre Behandlung erfordert bzw. eine solche verlängert.

Die im Zeitraum vom 1. Januar 2001 bis zum 11. Juni 2002 aus Deutschland gemeldeten Verdachtsfälle von Impfkomplikationen aus allen Meldequellen sind in der folgenden Tabelle nach Impfstoffen/Kombinationen differenziert und unter Angabe der absoluten und prozentualen Häufigkeit dargestellt. Die Gesamtzahl der Verdachtsfallberichte betrug 1 388.

Impfung/Kombination	**Anzahl der Verdachtsfall-meldungen**	**Prozentualer Anteil**
Diphtherie	9	0,6%
FSME	148	10,7%
Gelbfieber	10	0,7%
Haemophilus Influenzae Typ b (Hib)	4	0,3%
Hepatitis A (HepA)	34	2,5%
Hepatitis B (HepB)	129	9,3%
Influenza	156	11,2%
Masern	4	0,3%
Meningokokken	1	< 0,1%
Mumps	0	0%
Pertussis	13	1%
Pneumokokken Polysacharid	85	6%
Pneumokokken Konjugat	7	0,5%
Polio inaktiviert (IPV)	16	1,2%
Polio attenuiert (OPV)	8	0,6%
Röteln	3	0,2%
Tetanus	20	1,4%
Tollwut	9	0,6%
Tuberkulose (BCG)	4	0,3%
Typhus	3	0,2%
Varizellen	5	0,4%
Diphtherie-Tetanus (DT) Kinder	3	0,2%
Diphtherie-Tetanus-Pertussis (DTP) Kinder	21	1,5%
DTP-IPV	4	0,3%
DTP-IPV-Hib	71	5,1%
DTP-IPV-Hib-HepB	162	12%
Hepatitis A- Hepatitis B	102	7,3%
Masern-Mumps	5	0,4%
Masern-Mumps-Röteln	108	7,8%
Pneumokokken / Influenza	12	0,9%
Tetanus-Diphtherie (Td) Erwachsene	100	7,2%
Td-IPV	45	3,2%
Td-Pertussis Erwachsene	7	0,5%
Andere Kombinationen	80	5,8%
Summe	**1388**	**100%**

17. Von wem wurden diese Impfkomplikationen gemeldet?

Die 1 388 aus Deutschland vom 1. Januar 2001 bis zum 11. Juni 2002 berichteten Verdachtsfälle von Impfreaktionen verteilen sich wie folgt auf die verschiedenen Meldewege/Meldequellen:

Meldequelle	**Anzahl Meldungen**	**%-Anteil**
Pharmazeutische Unternehmer (Impfstoffhersteller) nach § 29 Arzneimittelgesetz:	500	35%
Ärzte via Gesundheitsamt nach Infektionsschutzgesetz (IfSG) § 6 Abs. 1 Nr. 3:	454	32%
Ärzte via Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AKdÄ) nach Standesrecht gemäß der Musterberufsordnung:	243	18%
Niedergelassene Ärzte direkt ans PEI:	106	8%
Ärzte via Arzneimittelkommission der deutschen Apotheker (AKdA):	40	3%
Ärzte aus Krankenhäusern direkt ans PEI:	7	1%
Sonstige Meldequellen (Privatpersonen, Rechtsanwälte, wiss. Literatur):	38	3%

18. Sind die bisher gemeldeten Impfkomplikationen bisher in einer Aufklärungskampagne über das Risiko von Impfnebenwirkungen verwendet worden oder ist dies von der Bundesregierung geplant?

Die an die Gesundheitsämter und von diesen an das PEI gemeldeten Verdachtsfälle von Impfkomplikationen eignen sich ohne eine intensive Überprüfung nicht für allgemeine Aufklärungskampagnen über das Risiko von Impfnebenwirkungen. Die Meldung der Impfkomplikationen soll in erster Linie zur Verbesserung der Differentialdiagnostik bei Verdachtsfällen sowie zur Unterstützung des möglicherweise geschädigten Bürgers bei der Beantragung einer Entschädigung dienen.

19. Gibt es Koordination und Austausch über Epidemiologie, Durchimpfungsraten und Programme auf Regierungsebene innerhalb der EU?

Impfempfehlungen sowie Durchimpfungsraten werden sowohl innerhalb der EU als auch seitens der WHO erhoben und veröffentlicht.

Deutschland arbeitet in enger Kooperation mit den EU-Staaten und der WHO in Form von Netzwerken zusammen. Für Deutschland ist das RKI aktiv im EU-Frühwarnsystem „Community Network on the epidemiological surveillance and control of communicable diseases“.

20. Wie viele Fälle von Diphtherie, Cholera, Tbc und Lassafieber sind seit 1998 der Bundesregierung in Deutschland bekannt?

	1998 E	1999 E	2000 E	2001 E
Cholera	5	3	2	2
Diphtherie	1	1	0	0
Tbc	10.440	9.974	9.064	7.358
Lassa	0	0	2	0

E = Erkrankungen

Während es sich bei den Erkrankungen an Cholera, Diphtherie und Lassa-Fieber stets um Importfälle handelt, entfallen die Erkrankungen an Tbc nur zu ca. 30 % auf ausländische Bürger.

21. Wie viele Fälle anderer Infektionskrankheiten sind der Bundesregierung bekannt, die nach Deutschland eingeschleppt wurden?

Weitere Erkrankungen mit einem hohen Anteil an Importfällen sind

	1998 E	1999 E	2000 E	2001 E	Importanteil
Malaria	1.009	931	836	1.040	100%
Typhus	78	111	76	87	85%
Paratyphus	61	88	66	73	49%
Lepra	5	6	1	3	100%
Shigellose	1.642	1.601	1.333	1.618	71%
Dengue				60	100%
Hepatitis A	3.869	3.137	2.788	2.277	39%

E = Erkrankungen

Gesamtherstellung: H. Heenemann GmbH & Co., Buch- und Offsetdruckerei, Bessemerstraße 83–91, 12103 Berlin
Vertrieb: Bundesanzeiger Verlagsgesellschaft mbH, Postfach 13 20, 53003 Bonn, Telefon (02 28) 3 82 08 40, Telefax (02 28) 3 82 08 44
ISSN 0722-8333